

(1^{re} Série

FACULTE DE MÉDECINE DE NANCY

N° 167)

DE LA

RHINOPLASTIE

PAR MÉTHODE FRANÇAISE



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE JEUDI 12 JUILLET 1883, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par M. Paul MAGUIN

De Rambervillers (Vosges)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

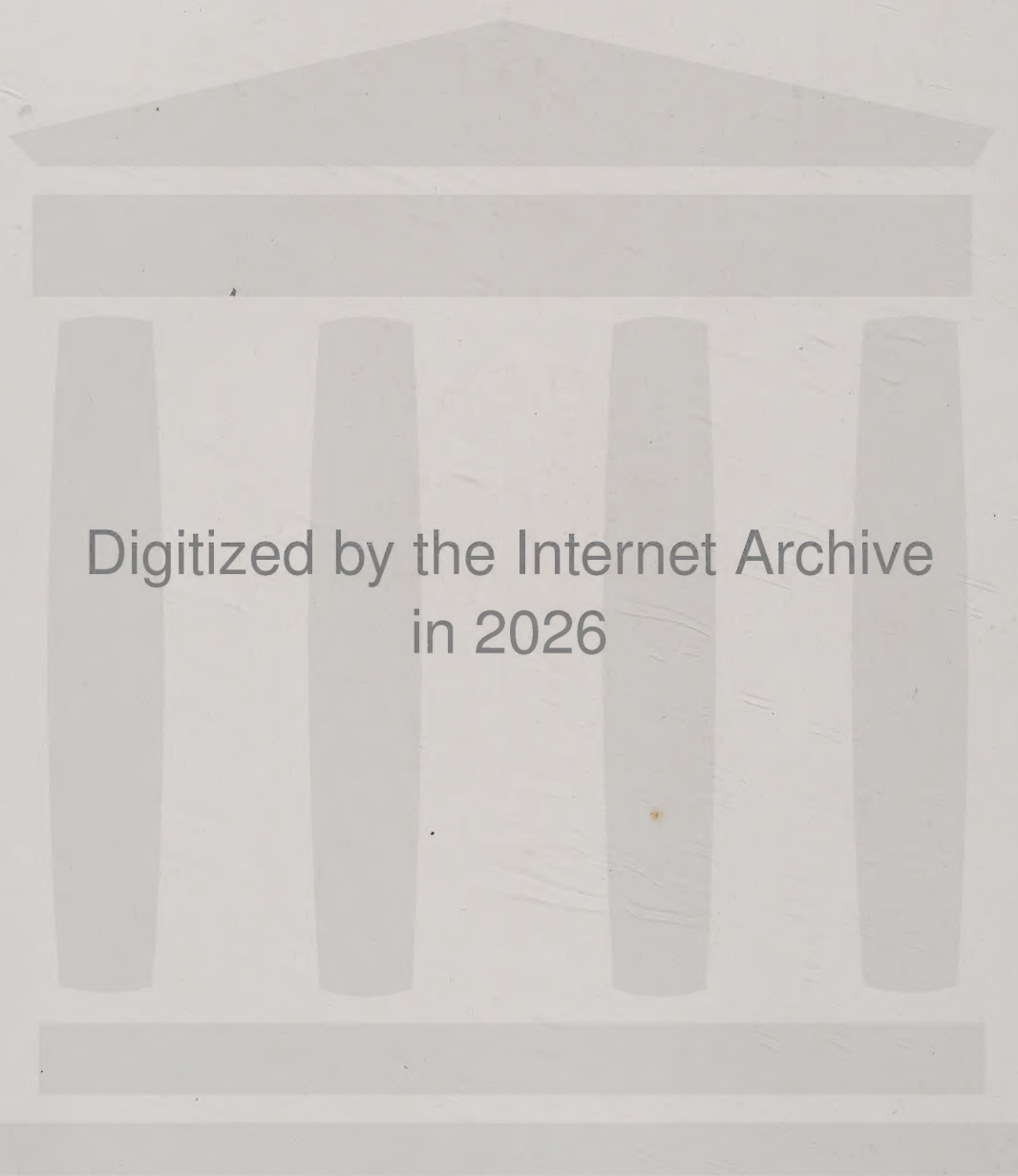


NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—
1883



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547426_0056

(1^{re} Série

FACULTE DE MÉDECINE DE NANCY

N° 167)

DE LA

RHINOPLASTIE

PAR MÉTHODE FRANÇAISE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE JEUDI 12 JUILLET 1883, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par M. Paul MAGUIN

De Rambervillers (Vosges)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—
1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. BACH ✱, CAILLIOT ✱, STOLTZ C ✱, SIMONIN ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES, ✱ professeur..	
Matière médicale et Thérapeut..	M. COZE ✱, professeur.	
Histologie.....	M. MOREL ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. ROUSSEL ✱ et E. PARISOT, prof. adj.
Pathologie générale et Patho- logie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, prof sseur.	
Chimie médicale et Toxicologie..	M. RITTER, professeur.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie génér., descriptive et topogr.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe.....	M. HEYDENREICH, professeur.	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. N..., professeur.	
Clinique externe.....	M. N..., professeur.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

M. SCHLAGDENHAUF- FEN.	MM. SPILLMANN. E. DEMANGE.	MM. A. HERRGOTT. GARNIER.	M. WEISS.
---------------------------	-------------------------------	------------------------------	-----------

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. HEYDENREICH, *président*; MM. HERRGOTT, BÉCHET, E. PARISOT.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Président de thèse,

M. LE PROFESSEUR HEYDENREICH

A M. LE PROFESSEUR HERGOTT

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE NANCY.

AVANT-PROPOS

La Rhinoplastie, vantée outre mesure par certains opérateurs, délaissée complètement par d'autres, qui vont jusqu'à prétendre que cette opération « ne doit pas entrer dans le domaine de la chirurgie », a été tour à tour l'objet d'éloges exagérés et d'une critique outrée ; aussi notre but dans ce travail n'est pas de faire son apologie, ni de faire l'historique complet de toutes les méthodes qui ont été en usage, mais de nous occuper seulement de la rhinoplastie par méthode française. Cependant, avant d'aborder cette question, il nous sera nécessaire d'exposer sommairement le manuel opératoire des autres méthodes, afin de faire ressortir les avantages et les inconvénients de chacune d'elles et les raisons qui militent en faveur de la méthode française. Notre but sera donc de prouver qu'elle peut servir à restaurer de très grandes pertes de substances, qu'elle est moins dangereuse, et que ses résultats sont même plus satisfaisants.

Nous diviserons donc ainsi notre travail :

1° Historique de la Rhinoplastie.

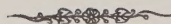
2° De ses divers procédés.

3° De la méthode française et observations à l'appui.

4° Conclusions.

Mais avant d'aborder le sujet de notre travail, nous tenons à remercier M. le professeur Heydenreich de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse, et des conseils qu'il nous a prodigués.

Que M. le professeur Hergott, veuille bien aussi accepter ce faible témoignage de notre reconnaissance, pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous montrer pendant le cours de nos études.



HISTORIQUE

Lorsqu'il fallut rétablir un nez détruit ou perdu, la première idée qui dut se présenter à l'esprit fut de chercher à en faire un nouveau, ou du moins à recouvrir la place de l'ancien aux dépens de la peau du voisinage. Or, on fut obligé d'amener celle-ci, de droite et de gauche, vers le lieu où on en avait besoin ; et comme elle ne devait pas toujours se prêter suffisamment, on se décida à l'inciser longitudinalement au devant des oreilles pour en attirer d'avantage. Elle était disséquée et libre au pourtour du nez pour être conduite et fixée par quelques points de suture. Telle est la description donnée par Celse (lib. VII, cap. IX), par Galien (*Méth. méd.*, lib. XIV, cap. XVI) et par Paul d'Egine, lib. VI, cap. XXVI), du moyen le plus ancien de remédier à la perte du nez (1). Après cette époque qui fixe les règles de ce procédé de rhinoplastie auquel on a plus tard donné bien improprement le nom de méthode française, nous ne savons plus rien, et il faut arriver jusqu'en 1547 pour avoir des détails sur une nouvelle opération faite par Branca. Dans le livre de Facius, *De Viris illustribus*, le principe de la rhinoplastie par la transplantation des téguments du bras y est clairement rapporté. C'est donc en Sicile que furent faites les premières tentatives de restauration du nez. Mais la découverte de Branca n'avait pas beaucoup dépassé les bornes de son pays, car Tagliacozzi, qui se servit du même procédé, eut très-longtemps la gloire d'avoir découvert la rhinoplastie, et dans le livre qu'il fit pa-

(1) *Dict. encycl.*

raître en 1597, *De Curtorum Chirurgiâ insitionem*, il ne cite seulement pas celui qui a certainement du lui donner l'idée de ce genre d'opération. Cependant, malgré les succès obtenus en Italie, cette méthode ne fut guère appliquée en France, et bientôt elle tomba dans l'oubli.

Pendant le dix-septième et le dix-huitième siècles, on ne parle plus de la Rhinoplastie ; en 1794 seulement, nous trouvons une observation dans laquelle on rapporte qu'un artiste de Poonach (1) tailla dans la peau du front d'un indien un nouveau nez, tellement solide et bien vivant que l'opéré pouvait se moucher et sentir les odeurs. En 1814, la méthode indienne réussit entre les mains de Carpue, à Londres. Grœfe, étudiait alors à Berlin la méthode de Tagliacozzi et y apportait certaines modifications de détail, qui devaient lui faire donner le nom de méthode allemande.

A partir de ce moment, les grandes règles de la rhinoplastie, ou pour mieux dire celle de l'autoplastie sont posées, et tous ces changements, et les modifications qu'on leur a fait subir ne sont que des perfectionnements qu'on a découverts à mesure qu'on avait étendu le champ des opérations.

A partir de cette époque, l'autoplastie devint une opération courante, entre les mains des chirurgiens. Larrey, Dupuytren, Delpech en France, Grœfe Dieffenbach, Dzondi en Allemagne, Astley Cooper en Angleterre, s'adonnèrent avec enthousiasme à la pratique de la rhinoplastie. Leur exemple fut suivi par Richerand, Roux, Lisfranc, Blandin, Velpeau, Gerdy, Jobert, et toute l'école chirurgicale (2).

Et dans ces derniers temps encore, de grandes modifications ont été apportées par Nelaton, Sedillot, Bouisson, Denonvilliers, Verneuil et Ollier.

(1) *Compendium de Chirurgie*, t. III, p. 4.

(2) *Diet. encycl. des sciences méd.*, t. IV, p. 379.

DES DIVERS PROCÉDÉS DE RHINOPLASTIE EN GÉNÉRAL

Bien que la Rhinoplastie par décollement ou méthode française, telle qu'elle a été décrite par Celse, soit la première en date, nous la laisserons de côté pour le moment, nous réservant d'y revenir plus longuement dans un autre chapitre.

La méthode italienne, découverte par Branca mais surtout vulgarisée par Tagliacozzi, eut des succès remarquables, mais il faut ajouter qu'elle ne soutient pas longtemps sa première réputation ; loin de là, elle fut bientôt abandonnée.

Le procédé de Tagliacozzi se compose de plusieurs manœuvres successives qui ont pour but, soit de préparer et de former un lambeau, aux dépens des téguments de la partie inférieure et antérieure du bras, soit de l'appliquer et de le maintenir en place, soit de restaurer la cloison et les narines. On peut donc diviser tout ce qui se rapporte à cette opération en trois parties distinctes.

Dans la première période, l'opérateur commençait par soulever à plusieurs reprises la peau de la partie inférieure du bras, afin de la rendre plus mobile ; puis, il faisait un large pli au niveau de la partie inférieure du biceps, il introduisait alors un bistouri traversant la peau, et engageant dans la plaie une large mèche de linge. Jusque là, l'opération n'était autre que celle du séton. Le but poursuivi par Tagliacozzi, était d'irriter la peau et par conséquent de la rendre propre à contracter des adhérences. Au bout d'une quinzaine de jours,

le chirurgien détachait de bas en haut, la peau qui devait former le lambeau, et la laissait adhérente par sa partie inférieure ; cela fait, il rabattait le lambeau et attendait qu'il fut cicatrisé, ainsi que la plaie résultant de sa dissection.

La deuxième période commençait au moment où le lambeau était sec et bien cicatrisé ; alors, dans le but d'habituer le malade à la situation nécessaire à l'adaptation du lambeau, le chirurgien lui faisait porter une camisole garnie d'un capuchon qui entourait la tête, et au moyen d'un bandage assez compliqué, il disposait les parties de manière à maintenir le bras au voisinage de la face. Le pourtour du nez était ensuite avivé au bistouri, puis on taillait un patron de la longueur et de la forme à donner au lambeau, qu'on avivait sur le patron. On mettait les surfaces en contact, on plaçait des points de suture et l'on terminait en serrant le bandage qui fixait le bras près de la face. Au bout de vingt jours environ, on enlevait le bandage, et on coupait la peau au niveau de la partie inférieure du bras. Le lambeau avait contracté des adhérences en haut et sur les côtés, mais restait libre en bas.

Après cela, au bout de quelques jours de repos, l'opérateur taillait le bord libre de manière à faire la sous-cloison et l'ouverture des narines, puis pour en éviter l'affaissement, on y introduisait des tuyaux de plomb ou d'argent (1).

La méthode que nous venons d'exposer est celle dont Tagliacozzi se servait, mais elle avait l'inconvénient de durer des mois, aussi Groefe la modifia en ce sens, c'est qu'aussitôt après avoir taillé son lambeau, il l'appliquait sans le faire suppurer. En outre, il frictionnait la peau avec des substances excitantes, afin de favoriser l'afflux sanguin et d'augmenter par là la vitalité ; et enfin comme dernière modification, il comprend

(1) *Compendium ed Chirurgie*, t. III, p. 37.

dans le lambeau, non-seulement la peau, mais encore une légère couche de tissu musculaire.

Nous ne nous appesantirons pas d'avantage sur cette méthode qui, pour le moment, est complètement abandonnée pour des raisons que nous donnerons, lorsque nous en serons arrivés à la discussion des avantages et des inconvénients de chacun des différents modes de rhinoplastie.

Méthode Indienne.

Cette méthode est caractérisée, comme on le sait, par la transposition d'un lambeau pris dans le voisinage du nez, et renversé par torsion sur les parties à recouvrir. Ce lambeau ne peut guère être emprunté qu'à la région frontale, cependant dans certains cas exceptionnels on peut, comme l'a fait Dieffenbach, aller le chercher sur la région sincipitale, pour un malade qui avait perdu le nez en totalité, ou bien encore le prendre sur la joue.

Avant de parler des modifications et des perfectionnements introduits dans la suite par les chirurgiens, nous allons exposer le procédé classique, qui d'ailleurs comprend trois temps comme le précédent.

1° Avivement. — Il est, je crois, inutile de s'appesantir sur ce sujet, car il est bien évident qu'une surface vive, saignante, présentant un plan régulier, sans crêtes ni saillies, aura bien plus de chances de reprendre, qu'une autre présentant des anfractuosités.

2° Confection du lambeau frontal. — Avec de la cire ou du diachylon, le chirurgien prend ses mesures, et taille le patron du nez qu'il veut restaurer, puis il applique le modèle sur le front et il dissèque. La surface à détacher a la forme d'un cœur de carte à jouer allongé, dont la pointe tronquée

correspond à l'espace intersourcilier et dont la base au lieu d'être excavée, porte un petit prolongement qui servira à la formation de la sous-cloison. La dissection du lambeau se fait rapidement, en assurant aux téguments une épaisseur uniforme ; maintenant, on peut détacher la peau seule, ou même enlever en même temps le périoste, ce qui, assure-t-on, peut se faire sans grand inconvénient.

3° Le lambeau détaché tombe en avant du nez, sa face cruentée en avant et sa face épidermique en arrière. — Pour l'appliquer, il faut lui faire subir un mouvement de torsion, qui est d'autant plus facile à exécuter, que le pédicule est plus grêle ; mais comme d'autre part, on cherche toujours à avoir un pédicule assez fort pour être assuré de la vitalité du lambeau, on a à craindre un effort de détortion.

Après cela on fixe le lambeau au moyen de sutures métalliques, aussi nombreuses que cela paraît nécessaire, mais ce qu'il faut, c'est d'éviter à tout prix tout écartement des bords et tout plissement qui pourrait compromettre la réussite de l'opération.

Le plus sérieux des inconvénients de ce procédé, est la torsion du pédicule, car si ce dernier est mince, la torsion est facile, mais la vitalité du lambeau est sérieusement menacée ; si d'autre part il est épais, la torsion est très difficile. En outre, au point de vue esthétique, ce pédicule est extrêmement laid et on est obligé à un certain moment de l'enlever.

Aussi tous les efforts des chirurgiens ont-ils tendu à diminuer le plus possible la torsion du pédicule. Lisfranc eut l'idée de faire descendre une incision plus bas que l'autre ; Labat, en faisant décrire un arc de cercle à une incision de manière à l'amener juste au dessous de l'autre, diminua la torsion de moitié ; Alquié prit son lambeau au dessus de l'œil et diminua encore la torsion du pédicule.

Voilà dans ses grands traits la méthode indienne qui, maintenant, est la seule qui soit employée concurremment avec la méthode française. Plus loin encore, nous exposerons ses vaantages et ses inconvénients.

Méthode française.

Comme nous le disions en commençant, l'idée de restaurer les pertes de substance du nez, simplement par l'affrontement des téguments voisins, n'est pas nouvelle, puisqu'elle est formellement exposée dans Celse et dans plusieurs auteurs anciens. Aussi, bien que nous nous soyons attribué ce procédé en y attachant notre nom, nous ne pouvons en refuser la paternité aux anciens, n'ayant guère fait que de le modifier, et le perfectionner un peu.

Ce procédé consiste essentiellement en ceci : étant donné une perte de substance, en aviver les bords, et ensuite les maintenir en contact ; mais dans certains cas, la perte étant trop considérable, comme on ne pouvait y arriver, sans risquer de rompre les sutures, les auteurs recommandaient de faire une large incision au devant des oreilles, ce qui alors permettait le rapprochement et facilitait le travail de la cicatrisation.

Ce procédé, excellent pour les pertes de substance peu considérables, ne pouvait cependant s'appliquer dans tous les cas, aussi fut-on bientôt obligé de faire partir des bords du vide formé par l'enlèvement des parties malades, des incisions horizontales limitant un lambeau rectangulaire dont la base reposait sur la joue, et dont la partie libre venait rejoindre celle de l'autre côté.

Ainsi donc, d'après Lisfranc, la méthode française présente deux caractères fondamentaux, qui la diffèrent nette-

ment des deux autres procédés que nous avons exposés précédemment :

1° Point de pédicule, mais une base aussi large, sinon plus large que le lambeau lui-même, rapprochée ou même confondue avec le pourtour de la brèche.

2° Point de rotation, mais une traction exercée sur l'axe du lambeau, parallèlement aux bords latéraux, traction ayant pour effet d'affronter cet axe.

Pour le moment, nous ne voulons pas encore démontrer les avantages de cette méthode si simple et si facile à mettre en pratique ; mais comme la principale objection qui lui a été faite par bien des chirurgiens éminents, est qu'elle était simplement propre à la restauration de très légères pertes de substance, nous allons montrer qu'elle peut donner bien plus qu'on ne le croit généralement.

Maintenant que nous avons expliqué et donné le procédé opératoire de la méthode française, nous allons donner l'opinion de quelques chirurgiens à son égard, et d'abord celle de Malgaigne :

Employée avec succès par Franco, et récemment par MM. Larrey et Dieffenbach, elle consiste à disséquer et à ramener en avant la peau des joues, pour former les côtés et le dos du nez nouveau, et on taille la cloison aux dépens de la lèvre supérieure. Tous ces lambeaux doivent être réunis par suture et soutenus convenablement pour éviter leur affaissement.

Plus loin, le savant chirurgien appréciant les diverses méthodes de rhinoplastie dit : La méthode de Celse n'est applicable qu'aux pertes de substance peu considérables (1) ».

Lisfranc (2), après avoir exposé cette méthode, termine

(1) Malgaigne (*Médecine opératoire*, p. 427).

(2) *Mémoires de l'Académie des Sciences*, 1883).

ainsi : « Ce procédé, ne peut être mis en usage que quand l'art doit faire peu pour réparer la difformité ».

A. Guérin, dans sa chirurgie opératoire, dit : « Cette méthode convient pour le cas où la perte de substance n'est pas très considérable ».

Ces exemples, qu'il serait bien facile de multiplier, prouvent que les auteurs refusent à la méthode française le pouvoir de restaurer des pertes de substance considérables. Mais il faut s'entendre sur ce mot considérable, si on comprend par là une destruction complète du nez, non seulement des téguments, mais aussi de tous les os et des cartilages qui le composent, il est bien évident que la méthode française ne sera que peu d'utilité ; elle remplacera une difformité par une autre, et, dans ce cas, une pièce prothétique serait bien préférable, car aucune méthode ne pourrait donner un résultat bien satisfaisant. Mais ce que nous contestons, et ce que nous allons prouver plus loin par des observations, c'est qu'une perte considérable, c'est-à-dire ayant quelquefois le diamètre d'une pièce de deux francs ou même davantage et parfois avec perte de la substance osseuse, a pu être réparée par la méthode française.

Avant de citer les observations que nous avons recueillies, il serait peut être utile de donner les cas dans lesquels une intervention chirurgicale est rendue indispensable, et en quelques mots les inconvénients qui rendent nécessaire à un certain moment la restauration des narines.

Comme ce n'est pas là le point capital de notre thèse, serons-nous très bref à ce sujet.

Il est bien certain que dans l'antiquité et au moyen âge, on avait, plus souvent que de nos jours, l'occasion d'avoir un nez à refaire ; en effet, dans l'Inde on avait l'habitude de couper le nez aux prisonniers de guerre, et même on le faisait

pour réprimer certains délits, Sixte-Quint appliquait aussi cette peine aux voleurs. De nos jours, la perte du nez ne s'observe plus guère qu'à la suite de duels, de coups de sabre, de morsures ; ou bien encore à la suite de maladies, telles que la syphilis, le cancer et surtout la scrofule.

La Rhinoplastie (1) a pour but de réparer les difformités causées par les diverses pertes de substance du nez, l'étendue et la profondeur de ces dernières variant considérablement. Tantôt le nez est détruit complètement ; le squelette osseux et cartilagineux, ainsi que les parties molles ont disparu ; tantôt le squelette n'existant plus, les téguments subsistent mais dans un tel état d'affaissement qu'il en résulte une difformité presque aussi repoussante que dans le premier cas ; quelquefois le squelette et la racine étant conservés, la portion cartilagineuse, avec les téguments qui la recouvrent a disparu ; d'autrefois enfin, la perte de substance n'atteint que le lobule, l'aile ou la sous-cloison.

Aussi les indications qui engagent le chirurgien à remédier à cette difformité sont puissantes et nombreuses. On ne peut regarder sans répulsion et sans pitié un malheureux sur le visage duquel le nez est remplacé par une excavation irrégulière ; l'expression est horrible, et on a vu de ces malheureux repoussés par leurs semblables, prendre la vie en dégoût et recourir au suicide.

En outre, à cela s'ajoutent des raisons physiologiques qui ne sont pas sans importance. Chez un sujet bien conformé, dans l'acte normal de la respiration, l'air pénétrant par les narines, subit, avant d'arriver au larynx, une série de réflexions, pendant lesquelles, d'une part, il dépose chemin faisant les poussières ; et, d'autre part, il s'échauffe de façon à arriver au larynx avec une température suffisante. Quand le nez fait défaut, ces réflexions de la colonne d'air n'ont plus

lieu et le larynx reçoit directement l'air froid chargé de corps étrangers, il s'irrite, il s'enflamme, et les causes d'irritation persistant, une laryngite chronique se produit, avec tous ses inconvénients au point de vue de la respiration et de la phonation.

Il est, je crois superflu d'insister plus longuement sur la nécessité de pratiquer la Rhinoplastie; mais après avoir été vantée un moment outre mesure, elle est ensuite tombée dans un discrédit complet. Ainsi Larrey disait que cette opération « ne devait pas entrer dans le domaine de la chirurgie ». Depuis ce temps, elle s'est relevée, grâce aux travaux de Bouisson, de Lisfranc, de Beaudens et de Nelaton, et depuis, tous les chirurgiens se sont occupés de la question et lui ont fait faire d'importants progrès.

Il ne nous reste plus maintenant qu'à citer les observations qui viennent à l'appui de ce que nous avons avancé au commencement de ce chapitre, c'est-à-dire que la méthode française suffit dans la généralité des cas à combler de vastes pertes de substance du nez. Cependant, comme nous ne pouvons citer nos observations dans un ordre bien rigoureux, voici celui dans lequel nous les donnerons : d'abord, l'observation qui nous a fourni le sujet de notre thèse, observation que nous tenons de M. le professeur Heydenreich, puis les autres opérations dans lesquelles la méthode française a été employée, et enfin pour terminer quelques observations qui appartiennent à la méthode indienne, mais dans lesquelles les lambeaux ont été pris sur les joues.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Rhinoplastie par méthode française.

(Communiquée par M. Heydenreich.)

Une femme de 28 ans, atteinte d'un lupus scrofuleux du nez, était entrée à la Maison de Secours, avec des délabrements considérables. Traitée au moyen de scarifications par M. le professeur Spillmann, elle vit son état s'améliorer rapidement, et elle fut guérie au bout de trois mois, mais avec persistance d'une large perforation qui existait déjà au moment de son entrée à l'hôpital. M. Spillmann m'ayant demandé d'intervenir, je procédai à cette opération environ deux ou trois mois après la complète guérison du lupus.

A ce moment, l'aspect des parties était le suivant : la perforation commençait en haut, immédiatement au-dessous des os propres du nez, qui étaient conservés ; son étendue en hauteur était de trois centimètres, et sa largeur un peu moindre. En bas subsistait une portion de l'extrémité du nez, comprenant le lobule et les ailes ; ainsi, la narine droite était conservée, la gauche existait également, mais réduite de moitié dans son volume, irrégulière et rongée ; de plus, ces parties avaient subi un mouvement de bascule, par suite duquel les ouvertures des narines regardaient directement en avant. Les cartilages latéraux et le cartilage de la cloison avaient disparu. Par la perforation, on apercevait les fosses nasales jusque dans leur profondeur.

Sur les côtés et en haut, au niveau même des bords de la perforation, les téguments étaient adhérents aux os sous-jacents et constitués par du tissu cicatriciel. A gauche de l'ouverture, le tissu cicatriciel s'étendait sur une largeur d'environ un centimètre ; à droite, à part le bord même de la perforation, la peau était saine ; toutefois, présentait au-des-

sous de l'œil, au niveau du rebord orbitaire, une cicatrice d'un centimètre et demi carré de surface. Au-dessus de l'ouverture, le tissu cicatriciel s'étendait entre les deux yeux, sur une hauteur de plus de deux centimètres ; aussi un lambeau frontal aurait-il eu son pédicule constitué par un tissu de peu de vitalité.

Opération. — J'entrepris l'opération le 21 mai 1881. Après avoir chloroformisé la malade, je fis de chaque côté de l'ouverture une incision dirigée en haut et en dedans, incision qui laissait en place, principalement à gauche, les parties jugées impropres à la réunion. Ces deux incisions se rejoignirent au-dessus de la perforation, formant ainsi un V renversé ; à partir de leur point de jonction, une incision médiane et verticale fut prolongée en haut jusqu'au niveau des sourcils. Inférieurement, chacune fut prolongée le long du sillon séparant la joue d'avec l'aile du nez correspondante. Puis, de l'extrémité inférieure de ce sillon, je fis partir une incision horizontale, se dirigeant en dehors, et ayant une longueur de cinq centimètres. Le lambeau ainsi dessiné, fut disséqué aussi bien du côté droit que du côté gauche ; mais ces deux lambeaux étaient insuffisants pour recouvrir la perte de substance.

Alors, de chaque côté, je fis partir de l'extrémité externe de l'incision horizontale, une autre incision verticale, ou plutôt légèrement oblique en haut et en dehors, allant jusque vers le milieu de la saillie de la pommette. J'obtins ainsi deux lambeaux quadrilatères, à pédicule supérieur, et qu'il était facile d'attirer en dedans jusqu'à affrontement.

Avant de pratiquer les sutures, il restait à enlever tout autour de la perforation les tissus impropres à la réunion, que j'avais laissés en place ; de plus, je séparai le bout du nez

d'avec les parties profondes, de manière à pouvoir l'abaisser et le replacer dans sa situation normale.

Les sutures furent appliquées de la façon suivante : Les deux lambeaux furent réunis sur la ligne médiane, en haut par trois fils d'argent, en bas par deux épingles sur lesquelles fut faite une suture entortillée. De chaque côté, le bord saignant de l'aile du nez fut fixé par deux sutures au fil d'argent, au bord inférieur du lambeau correspondant. Vers la ligne médiane, la présence des épingles obligea à renoncer, sur une certaine longueur à cette suture du bord inférieur du lambeau.

L'opération terminée, il subsistait de chaque côté sur la joue, une plaie à direction oblique en haut et en dehors, et plus large à sa partie moyenne qu'à ses extrémités ; cette plaie correspondait au côté externe de chaque lambeau. Quant à la ligne de suture médiane, au lieu d'être absolument verticale, elle s'inclinait un peu à gauche inférieurement, l'ablation des tissus impropres à la réunion ayant dû être plus étendue à gauche qu'à droite.

Le pansement ordonné se borna à l'application de compresses froides phéniquées.

Suites de l'opération. — Les suites de l'opération furent des plus simples. Il se manifesta d'abord un peu de gonflement et de rougeur au voisinage des sutures et de la plaie, avec un certain œdème des paupières inférieures. Mais dès le 24 mai, ces symptômes diminuèrent pour disparaître quelques jours après.

Les deux fils supérieurs de la suture médiane furent enlevés le 25 mai.

Le 27, j'enlevai le fil de cette suture, ainsi que le fil le plus externe de la suture horizontale de gauche. Les deux plaies

des joues étaient couvertes de croûtes d'aspect scrofuleux j'enlevai ces croûtes, en dessous desquelles, je trouvai une suppuration légèrement sanieuse, et des bourgeons blafards.

Le 28, ablation des deux épingles à suture ; les fils qui constituent la suture entortillée sont laissés en place. Les croûtes scrofuleuses se sont reproduites sur la plaie ; après les avoir enlevées, je touche les plaies avec de la teinture d'iode.

Le 30 mai, ablation des derniers fils d'argent, ainsi que des fils qui servaient à la suture entortillée. L'état des parties est le suivant : la suture verticale a pris dans toute sa hauteur ; la suture horizontale est cicatrisée à ses extrémités, à droite et à gauche, mais il reste une ouverture au centre, au point où aucun fil n'a pu être placé.

Les plaies des joues continuent à être touchées régulièrement avec de la teinture d'iode. Leur aspect devient meilleur et leur cicatrisation est achevée le 10 juin.

En somme, la guérison est complète, sauf en un seul point, situé entre le bord inférieur des lambeaux et ce qui subsiste de l'extrémité nasale. L'ouverture qui persiste, a une longueur de un à un demi centimètre. A son niveau, l'aile du nez du côté gauche, qui la limite inférieurement, est rongée et irrégulière : circonstance qui rend difficile l'affrontement des parties qui se font face.

Le 23 juin, une seconde opération est entreprise pour fermer cette ouverture ; elle consiste dans l'avivement des parties et dans l'application de quatre points de suture, au fil d'argent. La réunion réussit sur la plus grande partie de la longueur, mais il reste un trou d'environ un demi centimètre de long.

Ce trou nécessite une troisième opération consistant dans l'application d'un point de suture. Cette opération est prati-

quée le 12 juillet; elle réussit pleinement et la malade quitte l'hôpital le 20 juillet complètement guérie.

DEUXIÈME OBSERVATION

Observation résumée. (*Union médicale*, tome IV, 1850, p. 339, Bouisson).

Raymond (Jacques), âgé de 30 ans, cultivateur à Navez (Ardèche), entre à l'hôpital St-Eloi, le 14 août 1849. Ce sujet était porteur d'une ulcération qui occupait l'aile gauche du nez, et qui avait à peu près l'étendue d'une pièce d'environ un franc. Après de vaines tentatives, je me proposai d'enlever les parties altérées et de les restaurer en mettant à profit certaines dispositions locales, pour conserver au nez sa forme normale, chose si difficile dans les opérations de rhinoplastie.

Celle-ci fut exécutée le 15 novembre 1849. Deux incisions horizontales furent pratiquées, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de l'ulcération et au-delà de ses limites, puis prolongées sur la joue dans l'étendue de 15 millimètres. La première, l'inférieure, cotoyait le rebord correspondant de l'ulcération, de manière à conserver tout ce qui était sain en bas du cartilage, et par conséquent le pourtour de la narine; elles furent unies en avant par une incision verticale, et on eut ainsi un lambeau quadrilatère, qui, renversé en arrière, laissa voir la fosse nasale correspondante largement ouverte. On disséqua la base du lambeau du côté de la joue jusqu'aux limites des incisions horizontales, et quand on fut assuré de pouvoir combler facilement la perte de substance, on incisa avec des ciseaux, la portion du lambeau qui était altérée. On lia quatre artères ouvertes, on ne conserva un des bouts du fil des ligatures que pour les postérieures, les deux autres répondant à la fosse nasale. Le lambeau fut alors amené d'arrière en avant et fixé d'abord à la portion du cartilage attenant au dos du

nez, au moyen de trois points de suture; deux autres furent placés à son bord inférieur, qu'ils maintenaient dans un rapport exact avec le pourtour de la narine. Le postérieur avait été disposé au fond même du sillon naso-labial et déterminait ainsi une légère dépression dans la partie correspondante du lambeau, pour simuler celle qu'on observe dans cette région. Pour remédier au baillement qui existait entre les points de suture, des serre-fines du plus petit modèle furent placées de manière à affronter exactement les lèvres de la plaie. La coaptation fut exacte et les conditions les plus favorables à la réunion immédiate furent établies.

Au bout du mois, la réunion était complète, et le résultat obtenu était celui-ci : le lambeau avait contracté des adhérences très solides dans sa nouvelle position. La narine avait conservé son ouverture normale; l'aile du nez, quoique dépourvue de cette série d'éminences et de dépressions dues au cartilage, ne présentait pas d'affaissement; le sillon naso-labial, effacé dans sa partie supérieure, était conservé à la partie moyenne et en bas; enfin la pointe du nez n'était pas déviée. Seulement, vers le milieu du dos de cet organe, la peau était un peu attirée du côté gauche par l'effet d'une légère rétraction du lambeau. Le malade fut retenu assez longtemps à l'hôpital pour qu'on pût s'assurer que cette rétraction n'entraînait aucune déformation. Lorsque le malade sortit, les traces linéaires de la réunion avaient pâli et pris la couleur de la peau ambiante, en sorte que la restauration était aussi par faite que possible.

TROISIÈME OBSERVATION

Bouisson (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1857, p. 841).

La seconde observation de Bouisson a beaucoup de rapport avec la première : il s'agit d'une femme de 56 ans,

atteinte depuis deux ans d'une ulcération de l'aile du nez, comprenant tout l'espace compris entre la ligne médiane, le bord nasal antérieur de l'os maxillaire et l'orifice de la narine ; cependant le contour de cette ouverture était sain dans une petite étendue. La paroi de l'aile du nez était perforée dans un point très circonscrit. Un lambeau rectangulaire fut pris sur la joue, détaché et attiré vers la ligne médiane. Lorsque la réunion fut achevée, à l'aide de la suture et des agglutinatifs, le nez reprit son aspect symétrique ; la narine ayant pour support et pour bordure naturelle le contour cutané que le bistouri avait ménagé, la narine, dis-je, conserva une résistance propre à en empêcher l'affaissement ultérieur. Lorsque la cicatrisation fut complète, le résultat était aussi satisfaisant que possible.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Bouisson (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1857, p. 841).

Un tailleur de 66 ans était depuis de longues années affecté d'une hypertrophie de la peau du lobule et des ailes du nez, sorte de lésion éléphantiasique sans caractère fâcheux, et qui, malgré son accroissement fort considérable, avait respecté la sous-cloison et l'orifice des narines.

L'extirpation fut pratiquée par décortication, si je puis ainsi m'exprimer, c'est-à-dire que l'altération étant bornée à la peau, on put ménager les cartilages latéraux et enlever le mal sans pénétrer jusqu'à la muqueuse. Le travail hypertrophique, toutefois, ayant retenti jusque dans la charpente cartilagineuse il parut utile de retrancher sur la partie inférieure du dos du nez une certaine quantité de cette charpente. Deux lambeaux géniaux furent taillés comme dans les observations précédentes, soudés ensemble sur la loge médiane, réunis en

haut, aux téguments du nez, en bas, aux anneaux cutanés circonscrivant l'orifice des narines, ce qui fournit immédiatement un résultat satisfaisant. La réunion immédiate réussit dans presque toute l'étendue de cette vaste plaie. Un mois après, la guérison était complète. L'expression de la physiologie du malade était tellement changée qu'on pouvait presque douter de son identité. A la place d'un nez difforme et volumineux existe un organe à proportions ordinaires, mais un peu aplati d'avant en arrière, à cause de la faible résistance de la cloison, surtout quand le malade rit et que les ailes du nez sont entraînées en dehors par les muscles diducteurs.

CINQUIÈME OBSERVATION

Bouisson, (*Gaz. hebd. de Médecine et de Chirurgie*, 1857, p. 841 .

Cette observation recueillie sur un vieillard de 63 ans, confirme l'excellence des mêmes préceptes. Je ne reviendrai pas sur le manuel opératoire ; les mêmes règles y furent suivies. Deux circonstances favorisèrent la réussite d'une manière particulière. L'ulcération, quoique de grande dimension, avait complètement respecté le lobule et le bord libre des ailes ; de plus, elle était fort superficielle, car la muqueuse était tout à fait indemne ainsi que le squelette fibro-cartilagineux de l'aile du nez, ce qui permit de les ménager dans l'extirpation.

La seconde condition propice, assez commune chez les vieillards et qui favorise chez eux les opérations anaplastiques, était la laxité extrême du tissu cellulaire, et la mobilité naturelle de la peau sur les parties profondes ; aussi a-t-il été très facile de disséquer les lambeaux, de les mobiliser et de les affronter sans exercer sur leur base le moindre tiraillement fâcheux.

SIXIÈME OBSERVATION.

Larrey, (*Clinique chirurgicale*, 1829, t. II, p. 13).

Un soldat s'était appliqué l'extrémité de son fusil armé sous la voûte palatine, tandis qu'avec son pied nu il en avait fait partir la détente. Cette arme s'étant un peu inclinée en avant au moment du coup, la balle monta verticalement dans l'épaisseur et au milieu de la voûte palatine, traversa le nez et effleura le crâne en sillonnant la peau du front. Toute la portion palatine des os maxillaires comprise entre les dents canines fut emportée; les portions labyrinthiques du nez, les os propres et les cartilages de cette éminence furent détruits ou expulsés, les deux ailes du nez étaient retroversées en dehors et en arrière; la sous-cloison faisait partie de la narine gauche.

Tel était l'aspect de cet homme quand il se présente à l'hôpital de la garde royale en décembre 1820.

Assisté par M. le docteur Ribes, en présence de nombreux médecins, le sujet assis sur une chaise, je commençai par détacher les bords tégumentaux et adhérents dans tout le pourtour de cette horrible plaie; j'en poursuivis la dissection à plusieurs lignes d'étendue vers les pommettes sur la surface des os maxillaires, afin d'avoir une assez grande étendue de peau pour franchir l'espace compris entre les bords de cette division et pour en obtenir la réunion, aussitôt qu'ils seraient mis en contact.

Je détachai ensuite les adhérences que les deux divisions des ailes du nez et de la lèvre supérieure avaient contractées avec les bords de l'échancrure palatine. Cette dissection fut longue et difficile. Après avoir isolé toutes les parties molles qui appartenaient jadis au nez, j'en rafraîchis les bords à

l'aide de ciseaux évidés avec l'attention de donner à chaque coupe la forme qu'elle devait avoir pour s'affronter exactement et d'une manière uniforme.

Cette dissection finie, les parties abstergées, je fis trois points de suture provisoire : le premier au milieu de la côte du nez, le deuxième au sommet de cette éminence et vers la sous-cloison des narines que j'avais eu soin de conserver ; le troisième aux deux bords de la lèvre supérieure. Je réunis ensuite et maintins rapprochées les parties molles de tout le dos du nez au moyen d'une suture entortillée, composée de six anses de fil, à l'effet de ramener de loin les portions de peau qui devaient servir à former cet organe, et de prévenir la déchirure qui aurait eu lieu, si j'avais employé la suture entrecoupée. Le sommet du nez et les bords séparés de la sous-cloison furent réunis au moyen de la suture entrecoupée. Enfin j'adaptai les bords de la lèvre reséqués et détachés de la mâchoire au moyen d'une suture entortillée faite avec deux aiguilles d'or.

Cette opération terminée, j'appliquai un bandage contentif, unissant, garni de compresses graduées, pour protéger les points des diverses sutures et pour en seconder les effets.

L'opéré fut mis à la diète, à l'usage des boissons rafraîchissantes, mucilagineuses et anti-spasmodiques. Pendant les deux premiers jours, il fut assez calme et sans fièvre ; parvenu au troisième, il y eut un léger paroxysme avec céphalalgie légère et travail d'irritation dans la plaie. Des antiphlogistiques apaisèrent ce léger orage, et le malade alla de mieux en mieux.

Au neuvième jour de l'opération, je levai l'appareil, et à ma grande surprise, je trouvai tous les bords suturés, parfaitement réunis et cicatrisés ; cependant je laissai les chevilles et les épingles en place, jusqu'au quinzième jour.

La cicatrisation était exacte, uniforme et linéaire, et l'on

voyait évidemment, qu'elle ne s'était opérée que par la communication et l'adhésion naturelles des vaisseaux des bords de cette énorme plaie. Enfin, la cicatrice est parfaite et le nez a repris une conformation assez régulière et telle que la physiologie du sujet n'offre plus rien de pénible à la vue. La parole, la prononciation et la mastication se sont perfectionnées, l'écartement considérable qui existait aux os maxillaires et dans les parois des fosses nasales, s'est considérablement reserré ; et ce rapprochement augmentera sans doute par la suite, en sorte que les traits de la face deviendront de plus en plus réguliers.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Jobert (*Gaz. méd. de Paris*, 1836, p. 76).

M. Jobert présente à l'académie un homme qui avait eu l'aile et le bout du nez enlevés par les dents d'un adversaire avec lequel il se battait. Pour réparer la perte de substance, il prit un lambeau quadrilatère sur la joue du côté gauche compris entre deux incisions parallèles ; la pointe en fut fixée sur les restes des parties molles du dos du nez au moyen de plusieurs points de suture entrecoupée.

Pour empêcher que les efforts de la cicatrice ne détruisissent l'adhérence, il incisa la base du lambeau pour qu'il prêtât jusqu'à cicatrisation parfaite.

La cicatrisation obtenue, le chirurgien tailla une narine qui est devenue solide et qui est demeurée ouverte par le fait de la suppuration et du tissu inodulaire.

HUITIÈME OBSERVATION.

Cancroïde du nez. — Ablation. — Autoplastie.

(Péan, Saint-Louis, 5 juillet 1873.)

H... , 70 ans, porte depuis huit ans sur le nez un cancroïde qui a débuté par un bouton verruqueux, ressemblant

à une pustule d'ecthyma et qui occupe aujourd'hui l'organe tout entier. Au toucher, on constate des adhérences avec le périoste.

Pour éviter la récurrence, nous enlevons l'os tout entier ; trois pinces hémostatiques, laissées pendant trois heures, suffisent pour arrêter l'hémorrhagie.

Il reste une vaste perte de substance à combler, et une fistule aérienne à fermer. A l'aide d'un débridement sur chaque joue, nous obtenons deux lambeaux latéraux épais que nous rapprochons sur la ligne médiane. Le malade ne perdit pas de sang.

Mais la joue reconstituée n'eut pas la régularité désirable ; ce qu'il faut attribuer sans doute au peu de vitalité des lambeaux, résultant de l'âge trop avancé du malade.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Baudens (*Gazette des hôpitaux*, 1854, p. 130).

Madame F..., âgée de 72 ans, portait au nez une tumeur cancéreuse ; il y a environ dix ans, un bouton dartreux lui était survenu à l'extrémité du nez, et après être longtemps resté stationnaire il a rapidement grossi depuis 18 mois, sans qu'aucun des traitements employés eût pu en arrêter les progrès. La malade, malgré son grand âge, a le plus vif désir d'être opérée ; nous décidons que toute la cloison cartilagineuse sera enlevée, et que les cartilages du nez, si le cancer ne les a pas envahis, seront isolés des parties molles cancéreuses par une dissection minutieuse, pour les conserver en guise de voûte destinée à soutenir les lambeaux réparateurs.

Opération. — D'un coup de ciseau, la cloison nasale est coupée à sa base et dans sa portion cartilagineuse par deux autres coups de ciseau portés au-dessus des ailes du nez ; la

tumeur cancéreuse se trouve si bien détachée, qu'elle n'adhère plus qu'en haut, aux os propres du nez, dont elle est bientôt complètement séparée. Du sang en nappe s'écoule de la plaie, mais on l'arrête avec une pince à torsion.

La membrane muqueuse nasale dans les points cancéreux, la peau qui recouvre les cartilages des ailes du nez, jusqu'à un centimètre du côté des joues et le long des os propres du nez, jusqu'à un travers du doigt des sourcils, sont disséquées et soigneusement enlevées à l'aide d'un bistouri. On constate que les cartilages sont sains et pourront être conservés.

Ceci fait, il reste à prendre dans les joues et le long des apophyses montantes des os maxillaires des lambeaux suffisants pour masquer l'énorme brèche résultant de l'ablation de la tumeur cancéreuse.

La perte de substance étant considérable, et les lambeaux ayant à parcourir un assez long trajet, ces lambeaux, pris sur le côté du nez et dans les joues, sont détachés dans leurs adhérences profondes, pour les faire glisser plus facilement sur les cartilages conservés, et les affronter sur la ligne médiane, à l'aide de points de suture; mais ils sont fortement tendus, déprimant les cartilages et menaçant de rompre les points de suture. Pour parer à ce double écueil, je n'hésitai pas à faire en dehors de ces lambeaux une incision tégumentaire verticale de trois centimètres de longueur qui mit fin au danger.

Vingt jours après l'opération, la malade quitte Paris, guérie et très satisfaite. Son nez est mince, régulier, droit et étroit inférieurement; l'ampleur de la narine suffit toutefois pour une respiration facile.

DIXIÈME OBSERVATION.

Nélaton, (*Gazette des hôpitaux*, 1868, p. 277.)

Le 24 décembre 1866, est entrée à l'hospice des cliniques, la nommée Adeline B.... Cette femme, couchée au n° 18, est âgée de 25 ans. Orpheline à 7 ans, elle a été élevée à l'hôpital général de Laon.

D'une constitution forte et d'un bon tempérament, elle s'est toujours bien portée. Mais déjà depuis de longues années, elle était tourmentée du désir de remédier à un singulier accident qui, en lui faisant perdre une partie du nez, a donné à sa face un très vilain aspect. Des circonstances imprévues l'ayant amenée à Paris, elle est venue demander les conseils et les soins de M. Nélaton.

Voici ce qu'elle nous raconte, le tenant elle-même de ses parents : Trois mois après sa naissance, elle tomba dans le feu ; quand on l'en retira, elle avait la joue gauche brûlée, des cicatrices multiples et très apparentes témoignent du fait. Quatre mois plus tard, elle fut victime d'un nouvel accident, plus étrange cette fois. Un furet, attiré probablement par l'odeur du lait, monta sur le berceau et se mit à ronger le nez de l'enfant, dont les cris rappelèrent la grand-mère, qui la délivra. Mais il avait détruit l'aile gauche du nez, qui ne tenait plus que par un pédicule très mince. On appela aussitôt un médecin qui finit d'enlever ce lambeau avec des ciseaux ; la plaie guérit simplement et rapidement.

Aujourd'hui B.... se présente dans l'état suivant : la joue gauche porte une cicatrice au-dessous de la paupière ; le nez, bien conformé dans sa partie supérieure, les os étant conservés et intacts, présente une déformation notable de la partie inférieure, déformation qui est différente à droite et à gauche,

de ce dernier côté, la portion cartilagineuse existe, à l'exception de la partie libre qui a été en grande partie détruite. Il en résulte une vaste ouverture par laquelle l'œil plonge dans la fosse nasale à une grande profondeur, limitée sur la ligne médiane qui a été conservée. A droite, l'aile du nez a été détruite en partie seulement, et il en résulte que l'orifice nasal de ce côté notablement changé, est reporté en haut et dirigé directement en avant, au lieu de regarder en bas comme dans l'état normal.

La partie inférieure du nez, fortement tronquée par la destruction d'une grande partie de sa portion cartilagineuse, est taillée de haut en bas et d'avant en arrière. Il résulte de cette disposition un aplatissement notable du nez, avec deux larges perforations inégales cependant, qui donnent à la face un aspect hideux et repoussant.

M. Nélaton propose une opération à la malade, qui l'accepte avec empressement. Le jour est arrêté, et le 14 janvier 1867 elle fut opérée par une méthode nouvelle que nous ne saurions mieux faire connaître qu'en laissant parler l'habile et savant chirurgien lui-même.

« Je taille deux lambeaux latéraux qui représentent chacun la moitié du nez. Ces lambeaux contiennent toutes les parties molles qui recouvrent l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur et les parties adjacentes ; leur pédicule correspond à la partie supérieure du nez et à la région du sac lacrymal. On peut les mobiliser très aisément et les amener au contact sur la ligne médiane en laissant de chaque côté du nez une surface saignante.

« Si on se bornait à cela, on verrait bientôt la saillie nasale disparaître sous l'influence de la traction exercée transversalement par le tissu de cicatrice qui doit recouvrir la surface laissée à nu par les lambeaux déplacés.

Pour parer à cet inconvénient, il fallait fixer chacune des moitiés du nez aux apophyses montantes des os maxillaires ; il fallait en un mot, obtenir aux bords externes des lambeaux une cicatrice adhérente. C'est dans ce but que je me suis attaché à comprendre dans les lambeaux le périoste de la région, afin de produire une dénudation du tissu osseux. On sait, en effet, que c'est dans ces conditions que se produisent les cicatrices adhérentes. Le résultat a répondu à mon attente.

Dans le cas où une partie des ailes du nez est conservée, il faut faire passer par dessus ces parties les lambeaux qui doivent former le lobule, les portions conservées du nez, ayant leur fixité normale s'opposent à l'aplatissement.

Chez notre malade, les ailes du nez n'étant pas complètement détruites, ont été laissées à leur place, et les deux lambeaux pris en dehors de ces parties, ont été ramenés en dedans ; ils ont été réunis sur la ligne médiane au moyen de la suture entrecoupée avec des fils de soie. Sur les parties latérales, ils furent ainsi fixés ; une tige d'argent, de la grosseur d'un stylet ordinaire est enfoncée à la base des os nasaux, de telle façon qu'elle traverse le lambeau d'un côté, les parties conservées du nez primitif et le lambeau de l'autre côté.

Une fois en place, on coupe les extrémités avec un sécateur ; on lui laisse la longueur qui représente la largeur qu'on doit donner au nez.

Le malade put respirer par le nez. La mauvaise odeur résultant du séjour du pus et des mucosités dans les fosses nasales, disparut peu à peu. Il y eut de fréquents éternuements. Le 20, environ trois mois après l'opération, la malade quitta la clinique, sa face n'avait plus rien de disgracieux.

ONZIÈME OBSERVATION

(Opération de Nélaton, *recueillie par M. Péan, résumée*)
(*Gaz des Hôpitaux*, 1862, p. 122.)

Marie M..., institutrice, 23 ans, entre à l'hôpital des Cliniques, le 19 octobre 1858. Prise d'accidents syphilitiques, qui détruisirent le nez et le voile du palais. Voici l'état dans lequel elle se présente : la saillie du nez a disparu pour faire place à une dépression concave en avant. Vue de face ou de profil la difformité est très considérable ; il n'y a plus de cartilage ; les os eux-mêmes ont été partiellement détruits ; il ne reste plus qu'un léger vestige de la narine gauche.

Après mures réflexions, voici les règles que M. Nélaton se proposa de suivre :

1° Circonscrire par une double incision la peau qui obture la brèche, afin de conserver au-devant de la gouttière nasale un pont fixe inextensible, propre à servir de support au nez nouveau ;

2° Tailler sur la partie antérieure de la joue, deux lambeaux latéraux, comprenant toute l'épaisseur des parties molles qui recouvrent la face externe des apophyses montantes, et renferment dans leur épaisseur, le périoste, dont personne n'ignore les propriétés ostéoplastiques.

3° Donner à ces lambeaux une forme trapézoïde, un pédicule supérieur, deux bords latéraux allongés, une base large représentant le contour des ailes et du lobule ;

4° Les détacher, les mobiliser, les adosser sur la ligne médiane, de façon à obtenir une arête saillante constituant le dos du nez.

L'opération fut exécutée le 20 avril 1859, et le résultat fut satisfaisant, la malade fut conservée longtemps à l'hôpital et

son nez se maintint parfaitement; il avait une grande fermeté, une certaine sensibilité, et ne s'était pas notablement affaissé.

DOUXIÈME OBSERVATION.

Pancoast, (*archives générales de médecine*) 4^e série, Tome II, 1843, p, 338,

Un jeune homme de 24 ans, avait eu une partie du nez détruite par des ulcérations scrofuleuses (il s'agit probablement d'un lupus). Une partie de la voûte palatine était tombée ainsi que les dents de la machoire supérieure; la lèvre était adhérente à la gencive, et enfin le nez était considérablement déformé. Toutefois la perte de substance avait eu lieu surtout dans la partie comprise entre le bord inférieur des os propres d'une part, le bord libre des narines, le lobule et la sous-cloison d'autre part. Ces dernières parties subsistaient, mais elles étaient remontées par le travail de la cicatrisation jusqu'au niveau des os propres, la totalité du cartilage médian et la peau correspondante ayant été détruite.

Le malade désirant vivement être débarrassé de cette difformité, le chirurgien entreprit l'opération suivante: il commença par faire une incision immédiatement au dessous des os propres du nez dans le tissu de la cicatrice, étendit cette incision jusqu'aux limites du nez et de la joue, et disséqua de manière à ramener à leur ancienne place le bout du nez et le bord libre des narines; il s'établit aussi sur le dos et les parties latérales du nez un vide que M. Pancoast remplit avec deux lambeaux empruntés aux joues.

Ces lambeaux de forme rectangulaire furent circonscrits de chaque côté par deux incisions horizontales réunies en dehors par une incision verticale. Le côté interne du rectangle représentant le pédicule du lambeau, fut tenu plus petit que le

côté externe, et répondit à la partie externe de la circonférence abaissée de la narine. Puis les lambeaux furent disséqués et amenés par un mouvement de rotation sur la perte de substance. Ces lambeaux furent réunis l'un à l'autre sur la ligne médiane, et au bord de la solution de continuité, par des points de suture entortillée ; la plaie résultant sur chaque joue, de la section du lambeau, fut réunie de la même manière. Les suites de l'opération n'eurent rien de fâcheux ; après le cinquième jour, ablation des épingles ; on trouva la réunion immédiate opérée partout, à l'exception de quelques-uns des trajets parcourus par les épingles. Au bout d'un mois, comme les lambeaux faisaient une saillie considérable, M, Pancoast enleva de chaque côté un morceau en forme de V et réunit encore à l'aide de la suture entortillée. Le nez ainsi restauré, finit par offrir une forme très-satisfaisante.

Toutes les observations qui précèdent nous montrent les excellents résultats qu'on peut obtenir de la méthode française, et sans aller aussi loin que Serre qui mettait comme épigraphe à son traité sur la manière de restaurer les plaies de la face par méthode Française, cette phrase de Percy : « Les méthodes indienne et italienne doivent céder le pas à la méthode française », nous dirons seulement que dans la majorité des cas elle peut suffire et donner des résultats au moins aussi bons, sinon supérieurs aux autres.

Pour le prouver, nous allons examiner chacune de ces méthodes en particulier et voir ses avantages et ses inconvénients.

La méthode italienne qui a excité jadis un si vif enthousiasme, a complètement perdu tout son prestige, et ce n'est plus que dans des cas très restreints qu'elle est mise en usage, et seulement dans ceux, où tout autre méthode a été

rendue impossible. Telle est d'ailleurs, l'opinion de M. Demarquay ; dans une étude sur quelques opérations de Blandin, il nous dit que bien souvent les résultats obtenus, n'ont pas du tout répondu à l'attente des opérateurs.

Ainsi il raconte, qu'un jeune officier pris d'ivresse, se laissa tomber dans le feu ; il eut une grande partie de la figure brûlée ; le front, les paupières, la face étaient couverts de tissu cicatriciel ; les paupières de l'œil droit étaient détruites au point qu'elles ne pouvaient plus abriter l'organe de la vision, et que le dernier s'enflamma, et se vida complètement ; le nez était totalement détruit, aussi ne pouvant se servir de la peau du front pour restaurer un nouveau nez, M. Blandin recourut à la méthode italienne : un lambeau de peau fut taillé dans la région de l'avant-bras, et fixé, préalablement avivé. Ce malheureux malade dut rester pendant six semaines environ, la tête fixée à l'avant-bras au moyen d'un appareil ; sa lèvre supérieure baignant dans le pus résultant de la plaie qui avait servi à la fabrication du lambeau.

Le lambeau pris à l'avant-bras, finit par adhérer à la racine du nez. et quand il fut détaché, il vécut parfaitement, aussi espérons-nous un résultat satisfaisant, mais bientôt il pâlit, revint sur lui-même, et un jour le malade en se mouchant, décolla une de ses narines ; somme toute, le résultat ne fut pas heureux (1).

Il est bien certain que dans le cas particulier que nous venons de rapporter, toute autre méthode eut été impossible à tenter, vu l'état pitoyable dans lequel se trouvait le malade. En outre, le plus grand reproche que l'on puisse faire à ce procédé, c'est de forcer le malade à rester pendant un mois

(1) *Union Médicale*, 1855, p. 253.

ou deux dans une position très gênante et quelquefois même impossible à supporter.

La méthode indienne qui pour le moment est la seule employée concurremment avec la méthode Française offre encore de nombreux inconvénients et surtout de nombreux mécomptes. En effet, si nous étudions la structure du lambeau, nous voyons bien vite que ses chances de vitalité sont assez faibles. La nutrition ne peut s'opérer dans les premiers moments que par les artères qui arrivent dans le pédicule, or, celui-ci est forcément très-étroit, en second lieu, il a subi un mouvement de torsion sur lui-même qui peut obturer les artères et déterminer le sphacèle du lambeau, mais en admettant même que la nutrition s'effectue, il faut au bout d'un certain temps couper le pédicule, qui donne à la face un air très disgracieux, et à ce moment encore la gangrène ou la rétraction du lambeau peut s'effectuer.

En outre, comme le fait remarquer Larrey (1) « la Rhinoplastie par méthode indienne, a certainement plusieurs graves inconvénients. D'abord elle dépouille le front d'une partie de son tégument, et y produit une plaie artificielle d'autant plus douloureuse, qu'il y a à cet endroit un grand nombre de nerfs provenant de la cinquième paire. D'un autre côté, chez presque tous les sujets qui ont eu le nez emporté par un coup de feu, la peau du milieu du front a été détruite, et cette opération serait impraticable. Mais après que l'opéré a ressenti de vives douleurs, et couru les dangers des effets d'une fièvre traumatique, qui peut avoir lieu, ces parties étrangères avec lesquelles on est parvenu non sans peine à lui former un nouveau nez, se flétrissent souvent et se gangrènent comme cela est arrivé à quelques-uns des malades de M.

(1) *Clinique chirurgicale*, Tome II, p. 21

Graëfe et de M. Travers lui-même. Ainsi en nous résumant, ce dernier procédé opératoire, non seulement est inutile, mais peut être encore très dangereux, et la Rhinoplastie ne doit pas rentrer selon nous dans le domaine de la chirurgie, ainsi qu'on l'avait déjà déclaré au dix-septième siècle.

Ceci est certainement de l'exagération ; cependant comme le dit Velpeau (2) dans sa *Médecine opératoire*. « La Rhinoplastie par méthode indienne est une opération grave. Sur deux malades, M. Blandin a été sur le point d'en perdre un ; un de ceux de M. Lisfranc est mort. M. Dieffenbach en a perdu deux sur cinq à Paris. Si MM. Green, Doubowistky, Varren l'ont aussi pratiquée avec succès, M. Travers a vu la moitié du lambeau se mortifier, et son malade rester plus difforme qu'avant l'opération. »

En outre une fois que l'opération a été faite une première fois, en supposant qu'elle n'ait pas réussi, il est tout à fait impossible de la répéter une seconde fois, tandis que la méthode française le permet. Si l'on veut encore comparer les chances de vitalité des lambeaux, une fois de plus, l'avantage reste à la méthode française, qui ne se servant que de lambeaux épais, à large pédicule, et ne subissant aucune torsion, ou bien une très faible, ne risque pas d'oblitérer les artères comme dans les méthodes précédentes. Si par hasard la réunion échouait, on aurait qu'à attendre, et un peu plus tard on pourrait recommencer l'opération. En supposant même que l'on obtienne un résultat satisfaisant de la méthode indienne, on ne peut cependant se dissimuler, que le malade portera toujours sur le front une vaste cicatrice, qui certainement sera bien plus disgracieuse et bien plus visible que la cicatrice résultant de l'autre procédé.

(2) Tome I, p. 647.

Mais l'objection la plus sérieuse qui a été faite à la méthode française, objection que nous trouvons dans tous les traités de médecine opératoire, c'est qu'elle est simplement bonne à restaurer de légères pertes de substance, et c'est principalement cette opinion que nous voulons combattre. Dans plusieurs de nos observations, et principalement dans celle que nous devons à M. Heydenreich, il s'agit de pertes ayant près de trois centimètres de long, et toutes ont été bouchées par méthode française, et les résultats éloignés ont été satisfaisants. Le grief principal de Velpeau, consiste en ce que, lorsque la rétraction se produit, si les os et les cartilages du nez ne sont pas absolument intacts, il se produit à leur niveau une pression due à l'élasticité du lambeau, et qui a pour effet de mettre le nez de niveau avec le reste de la figure. Mais si on veut bien y réfléchir, cette objection n'est pas très sérieuse, car lorsqu'au moment de l'opération on voit les téguments se tendre d'une manière un peu inquiétante, il est toujours facile de pratiquer à leur côté externe une incision libératrice à peu près semblable à celle dont il est question dans l'opération de M. Heydenreich.

En outre, il ne faut pas s'imaginer que les autres méthodes puissent remédier à une perte complète du nez, lorsque le squelette osseux ou cartilagineux du nez a été complètement détruit, il est tout à fait inutile de vouloir chercher à rendre cet organe au malade : tout ce qu'on peut faire, c'est d'adapter une pièce prothétique, car vouloir combler la perte de substance, c'est s'exposer à un échec certain, et remplacer une difformité par une autre, qui n'est guère préférable.

En 1857, M. Ollier avait cru possible de restaurer complètement la charpente osseuse du nez, à l'aide de lambeaux contenant du périoste ; mais presque toutes les tentatives n'ont pas abouti, et les résultats n'en ont pas été bien bril-

lants. A cet effet, nous allons citer une observation, prise à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Richet, et qui montrera en outre, bien qu'elle n'ait pas réussi, qu'une restauration complète du nez est possible, même avec la méthode française.

Le malade est âgé de 14 ans, en août 1872; il montait sur un arbre pour cueillir des fruits, lorsqu'une branche qui le soutenait se cassa et lui fit perdre l'équilibre; en tombant, une branche lui accrocha la lèvre supérieure et le nez qui furent dilacérés et enlevés presque en totalité, les gencives étaient à découvert et enflammées; la salive s'écoulait au dehors, la muqueuse pituitaire aussi à découvert était également boursouflée. Quand les parties furent cicatrisées, le chirurgien de l'hôpital de Saumur, M. Bénard, refit la lèvre supérieure. L'opération fut très bien exécutée à l'aide de deux lambeaux, et eut un plein succès.

Aujourd'hui il vient réclamer un nez, et voici l'état dans lequel il se trouve. Toute la partie antérieure du nez est enlevée, mais la lame perpendiculaire de l'éthmoïde a résisté, et on voit de chaque côté à découvert les cornets de l'éthmoïde et le cornet inférieur. Le vomer existe également, et c'est la persistance de la cloison des fosses nasales, qui nous permet de tenter l'autoplastie, parce qu'elle nous servira de charpente pour fixer nos lambeaux. De plus il existe une petite partie de la lèvre supérieure à gauche qui a été refoulée en haut par les deux lambeaux latéraux, qui ont constitué la nouvelle lèvre supérieure et à l'aide de ce tubercule, nous pourrions reconstituer l'orifice des fosses nasales. Ce malade perçoit encore les odeurs, bien que la pituitaire ne soit plus protégée par la paroi antérieure du nez.

Voici, dit M. le Professeur Richet, le procédé opératoire que je vais employer.

Je ferai l'avivement à tout le pourtour, et en premier lieu parce qu'il sera plus facile, ayant un point d'appui. Puis je détacherai à gauche et à droite, de chaque côté de l'ouverture nasale les téguments pour les mobiliser, y compris le périoste pour donner un soutien aux lambeaux, la sécrétion presque cartilagineuse qu'il fournira, leur donnera, en effet, plus de solidité. On a renoncé à prendre des lambeaux sur le front, parce qu'ils sont trop flasques. Nous ne pouvons refaire l'orifice en même temps par le simple décollement, la rétraction du tissu cicatriciel le rendrait trop étroit par ce procédé, nous le ferons plus tard à l'aide de la portion de la lèvre supérieure qui a subsisté. »

L'opération fut exécutée par M. le Professeur Richet, comme il l'avait annoncé, mais elle n'eut pas de succès ; une violente ostéopériostite se déclara et tuméfia tellement les lambeaux que les fils de soie coupèrent les tissus, et la réunion n'eut pas lieu (1). L'ostéopériostite nous paraît en effet fort à craindre à la suite du décollement du périoste, et par l'obstacle qu'elle apporte à la réunion immédiate, nous croyons qu'elle doit faire rejeter l'emploi des décollements periosto-cutanés.

Il me semble inutile de s'appesantir sur cette observation, l'insuccès est la règle, et Tillaux (2) dit : « Il n'y a pas d'inconvénient à conserver le périoste à la face profonde du lambeau ; mais ce serait se faire illusion que de compter sur une régénération osseuse, s'il s'agit d'un adulte. »

Pour nous résumer, la Rhinoplastie partielle, puisque c'est surtout d'elle que nous nous occupons, peut être pratiquée par les trois méthodes plastiques connues ; mais on a renoncé à la méthode italienne préconisée par Grœfe, et les

(1) Lépine, Thèse de Paris, 1874.

(2) Anatomie topographique, p. 264.

préférences des chirurgiens ne peuvent se rapporter qu'aux méthodes indienne et française. Il est des cas cependant où il ne saurait y avoir option ; l'étendue de la perte de substance, la disposition des parties voisines, peuvent rendre nécessaire la méthode indienne, et la méthode française inapplicable. Les opérations de nécessité se placent d'elles-mêmes en dehors de la discussion ; mais lorsque les parties affectés et celles du voisinage sont autrement disposées, que le choix est possible, la méthode française est bien préférable (1).

On obtient par sa mise en pratique des lambeaux plus larges, mieux nourris, adhérents par une base plus étendue, où se distribuent des rameaux artériels plus nombreux ; aucune torsion ne gêne la circulation dans la racine des lambeaux, leur translation peut se faire sans efforts, le tissu cellulaire de la joue est doué, surtout chez les sujets âgés, d'une élasticité qui se prête à cette translation ; dans le cas où elle exigerait des tiraillements, une incision tégumentaire pratiquée à distance de leur base, leur donnerait une mobilisation convenable. La fixation des lambeaux sur la circonférence des parties retranchées est facile ; aussi la méthode française tend elle de plus en plus à se généraliser, malgré les premiers exemples de succès de la méthode indienne que l'on doit à Delpech, à Dupuytren et à Roux.

Pour appliquer la méthode indienne à la réparation de l'aile du nez, Delpech emprunta son lambeau à la peau du front ; Dupuytren se servit de la peau de la joue, retourna son opercule et combla une petite perte de substance ; Roux, par une série d'opérations compliquées, mais où se révélaient une heureuse combinaison et une persévérance chirurgicale remarquable, fit venir son lambeau de plus loin ; il le prit sur la

(2) Bouisson. — *Tribut à la chirurgie*. Tome I, page 187.

lèvre inférieure et par des migrations successives, il l'amena sur la lèvre supérieure, puis sur le nez, et par cette anaplastie composée, il finit par remédier à un vice de conformation accidentel et complexe des ailes du nez. Mais ne voit-on pas par le récit même de ces opérations, que si leur but principal, c'est-à-dire l'obturation du vide nasal par un lambeau fut obtenu, l'opération elle-même ne fut ni simple dans son exécution, ni exempte d'inconvénients dans ses suites ? La chirurgie peut-elle accepter comme sa dernière expression de progrès, une méthode dont l'exécution est plus laborieuse, qui expose particulièrement à des complications inflammatoires, à la mortification des lambeaux, à cause de la torsion, de l'inclinaison ou de l'exiguité de leurs pédicules, et qui, après la guérison laisse des cicatrices irrégulières sur le front, la joue ou sur telles autres parties qui ont toléré l'emprunt de l'opercule ? Les inconvénients ne sauraient être dissimulés et la méthode française tend à les affaiblir ou à les effacer.

Pour terminer, nous citerons cette phrase de Lisfranc (1) : « L'histoire de la rhinoplastie moderne, démontre que le progrès a toujours eu pour tendance, le retour aux principes de la méthode ancienne ou de Celse. »

(1) *Gazette Hebdomadaire*. 1858. p. 167.

CONCLUSIONS

Lorsqu'il n'y a pas de contre-indications formelles, on doit pratiquer la rhinoplastie, en se servant de la méthode française.

En effet :

1° Ce dernier procédé donne lieu à de moindres délabrements.

2° Peut en cas d'échec être répété plusieurs fois.

3° A bien moins de chances de gangrène ou d'atrophie.

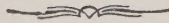
4° Les résultats éloignés en sont satisfaisants.

Vu :

Le Président de la thèse,
A. HEYDENREICH.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 30 juin 1883.

Le Recteur,
M. MOURIN.



QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

- 1° CHIMIE. — Azotate d'argent. — Caractère et pureté.
- 2° PHYSIQUE. — De l'audition au point de vue physique.
- 3° HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Du lait. — Différence de composition du lait de divers mammifères.
- 4° ANATOMIE. — Vaisseaux des reins.
- 5° HISTOLOGIE. — Rétine.
- 6° PHYSIOLOGIE. — Des appareils cardiographiques.
- 7° PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — De l'étranglement intestinal.
- 8° PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Des causes et du traitement de l'ascite.
- 9° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Du rétrécissement de l'œsophage.
- 10° MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE. — Traitement des maladies de la peau.
- 11° MÉDECINE OPÉRATOIRE. — De la taille périnéale.
- 12° ACCOUCHEMENTS. — De l'inflammation traumatique de l'utérus.
- 13° HYGIÈNE. — Emploi du sulfate de fer comme désinfectant.
- 14° MÉDECINE LÉGALE. — Des honoraires du médecin; privilège; prescription.

